

記載例

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

届出者名	岡出 花子	本人との関係	子
届出者住所	静岡県藤枝市岡出山1丁目11番1号	連絡先電話番号	054-643-3307

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	マイナンバー 個人番号	
被 保 険 者	フリガナ	フジエダ タロウ	
	氏名	藤枝 太郎	
	生年月日	昭和13年 1月 1日	
	住所	静岡県藤枝市岡部町岡部6番地の1	

**記入内容を訂正するときは
訂正箇所に二重線を引き署名または押印**

静岡県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の限度額適用認定証の交付を申請します。

令和 4 年 12 月 7 日